

Ameboma como causa de oclusión intestinal

Ameboma as a cause of intestinal obstruction

*Luz García; **Cesar Sisa; ***Laura Villalba; ****Rodrigo Amarilla;
*****Juan Marcelo Delgado

1. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay

RESUMEN

La infección por *Entamoeba histolytica* se presenta en la mayoría de los casos como una disentería o un absceso hepático, pero existen casos en los que genera una masa inflamatoria en el colon llamada ameboma, que son fácilmente confundidos con una lesión neoplásica y, de no tener un alto nivel de sospecha, terminan en una resección de colon. Exponemos el caso de un de ameboma en la unión rectosigmoidea como causa de oclusión intestinal.

Palabras clave: Ameboma; entamoeba histolytica; oclusión intestinal.

ABSTRACT

Entamoeba histolytica infection occurs in most cases like dysentery or amoebic liver abscess, but there are cases where the evolution generates a true inflammatory mass in the colon called ameboma. These amebomas are easily mistaken for a neoplastic disease and, if you do not have a high level of suspicion, they end in a colon resection. We present the case of ameboma at the Rectosigmoid junction as a cause of intestinal occlusion.

Key words: Ameboma; entamoeba histolytica; intestinal occlusion.

INTRODUCCIÓN

La amebiasis es la parasitosis intestinal más frecuente a nivel mundial, afecta aproximadamente al 10% de la población mundial y es producida por la *Entamoeba histolytica*, y es de gran prevalencia en países tropicales⁽¹⁾. La transmisión de la enfermedad es por vía fecal-oral o bien de forma indirecta, mediante el agua de bebida o ingesta de alimentos contaminados. A pesar de estas cifras, sólo el 2% sufre la enfermedad clínica con afectación principalmente al colon e hígado. En el colon se puede presentar de cuatro formas diferentes: 1. colonización asintomática, 2. colitis amebiana aguda, 3. colitis fulminante y 4. ameboma. Esta última patología es una complicación pseudo-tumoral y granulomatosa de la amebiasis invasora, principalmente en el colon ascendente.

Esta rara complicación es generalmente confundida con un tumor maligno del colon y muchas veces tratada en forma quirúrgica a pesar de que responde bien al tratamiento médico antiamebiano. La presentación mixta con ameboma y absceso hepático también ha sido vista en algunos casos e incluso puede ser fuente de confusión con un carcinoma de colon metastásico.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 38 años de edad acude al servicio de urgencias con una historia de 8 días de evolución de dolor en hemiabdomen superior, náuseas, vómitos y diarrea. Además, refiere sensación febril en varias oportunidades. Recibió en otros centros tratamiento sintomático de gastroenteritis aguda. Al momento del ingreso se encontraba normotenso, con tendencia a la hipotensión, taquicárdico, taquipneico, con temperatura axilar de 37,5°, oligoanurico, facies dolorosa y con sudoración fría. El abdomen distendido, doloroso en forma generalizada, sin defensa muscular, sin dolor a la descompresión brusca y con ruidos hidroaéreos escasos. Se observa en la radiografía de tórax neumoperitoneo por lo que se decide laparotomía exploradora. En el acto quirúrgico se constatan asas delgadas dilatadas, todo el marco colónico con dilatación diastásica y perforaciones múltiples y a nivel de la unión rectosigmoidea tumor de aproximadamente 8 cm adherido a planos profundos. Se decide realizar colectomía total con confección de ileostomía terminal.

La anatomía patológica arrojó resultado compatible con ameboma intestinal. El resto del colon con intensa reacción peritoneal sin otros datos de valor.

El paciente pasó a terapia intensiva y luego a sala, presentando buena evolución postquirúrgica, recibió tratamiento antibiótico con Ciprofloxacina y Metronidazol por 14 días y fue dado de alta posterior a eso.

* Médico Residente de 3er año de Cirugía General de la ICCQx Email: luzleticiagarcia@gmail.com Tel: 0981166447

** Médico Residente de 2do año de Cirugía General de la ICCQx Email: cesarsisa07@gmail.com Tel: 098187035


*** Médico Cirujano General Email: lauqvdo@hotmail.com Tel: 0981802933

**** Subjefe de Guardia de Cirugía. Tel: 0981762135

***** Jefe Adjunto de Guardia de Cirugía. Tel: 0983814069

Autor correspondiente: * Médico Residente de 3er año de Cirugía General de la ICCQx - Email: luzleticiagarcia@gmail.com Tel: 0981166447

Recibido: 28/05/2020 - Aceptado: 25/06/2020

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

DISCUSIÓN

El ameboma es una presentación infrecuente de la amebiasis intestinal que puede simular lesión un tumor colorrectal y entre cuyos diagnósticos diferenciales también debemos tener en cuenta a adenomas, colitis ulcerativa, Enfermedad de Crohn, abscesos por diverticulitis aguda, absceso apendicular postapendicitis y TBC intestinal⁽¹⁻³⁾.

Resulta de los cambios hipertróficos y de la formación de tejido de granulación de la pared del colon que rodea una gran ulceración a la que se añade una infección bacteriana secundaria y acumulación de colágeno^(4,5). El ameboma se vuelve sintomático mucho tiempo después de un ataque agudo de disentería que no recibió tratamiento o que fue insuficientemente tratado⁽⁶⁾.

En el caso clínico presentado el ameboma se localiza en un sitio frecuente (sigmoides)^(7,8) según la literatura sin la presencia de invasión a hígado.

Clínicamente suele manifestarse como una masa tumoral asociada a síntomas de obstrucción intestinal parcial o total,

abdomen agudo o sangrado de tubo digestivo bajo^(7,8); pueden existir o estar ausentes los síntomas intestinales de la amebiasis, ser asintomático o simular otras patologías intraabdominales de días o semanas de evolución.

El diagnóstico pre operatorio suele ser difícil y generalmente es pasado por alto, en este caso no fue realizado y se indicó la cirugía de urgencia debido al neumoperitoneo presente en la placa de tórax y empeoramiento clínico con tratamiento conservador.

En los casos de urgencia, el diagnóstico está dirigido a detectar abdomen agudo quirúrgico, por lo tanto, la sospecha de ameboma no es primordial⁽⁸⁾.

La anatomía patológica en este caso arrojó resultado compatible con ameboma intestinal. El resto del colon con intensa reacción peritoneal sin otros datos de valor.

En conclusión, el ameboma es una complicación rara de la amebiasis invasora que puede ser confundida con una neoplasia y la indicación de cirugía se da en casos de abdomen agudo quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Majeed S, Ghazanfar A, Ashraf J. Caecal amoeboma simulating malignant neoplasia, ileocaecal tuberculosis and Crohn's disease. *J Coll Physicians Surg Pak* 2003;13:116-7.
2. Ng D, Kwok S, Cheng Y, Chung C, et al. Colonic amoebic abscess mimicking carcinoma of the colon. *Hong Kong Med J* 2006;12:71-3.
3. Simsek H, Elsurur R, Sokmensuer C. Amoeboma mimicking carcinoma of the cecum: case report. *Gastrointest Endosc* 2004;59:453-4.
4. Mendell G, Benett J, Douglas R. Principles and practice of infectious diseases. 6th edition. New York: Churchill Livingstone; 2005.
5. Liu C, Crawford J. The gastrointestinal tract. In: Kumar V, Abbas AK, Fausto N, editors. Robbins and Cotran pathologic basis of disease. 7th edition. Pennsylvania: WB Saunders Company; 2004. p. 839-40.
6. Misra S, Misra V, Dwivedi M. Ileocecal masses in patients with amebic liver abscess: etiology and management. *World J Gastroenterol* 2006; 12:1933-6.
7. Hardin RE, Ferzli GS, Zenilman ME, Gadangi PK, Bowne WB. Invasive amebiasis and ameboma formation presenting as a rectal mass: An uncommon case of malignant masquerade at a western medical center. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 5659-61.
8. Invasive amebiasis and ameboma formation presenting as a rectal mass: An uncommon case of malignant masquerade at a western medical center. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 5659-61.